2015D12368

INBRENG VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over haar brief van 10 maart 2015 en het daarbij gevoegde rapport inzake Proefberekeningen van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) (Kamerstuk 29 477, nr. 310), waarvan de hoofdstukindeling wordt gevolgd.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Teunissen

Inbreng VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van voorliggende brief. Genoemde leden hebben nog enkele vragen en opmerkingen die grotendeels betrekking hebben op het voornoemde rapport.

1. Inleiding/algemeen

Dit onderzoek is uitgevoerd naar aanleiding van een toezegging van de Minister, gedaan in het algemeen overleg Geneesmiddelenbeleid van 6 juni 2013 (29 477, nr. 257) en de aangenomen motie-Kuzu (29 477, nr. 252). Kan de Minister aangeven of, en hoe, een herberekening van het GVS bijdraagt aan het oplossen van een (beleids)probleem?
In hoeverre past een herberekening van het GVS binnen de lange termijn plannen van de Minister rondom geneesmiddelenbeleid?
Is een herberekening van het GVS mogelijk zonder de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven van de patiënt te verminderen?

De onderzoekers geven aan dat zij aannames uit de motie-Kuzu hebben overgenomen. Kan de Minister ingaan op de overgenomen aannames, en aangeven in hoeverre deze aannames juist zijn en van invloed zijn op de uitkomsten van het onderzoek?

Bij het bekijken van het switchgedrag is niet getoetst op therapeutische haalbaarheid of medische richtlijnen. Kan een inschatting gemaakt worden welke gevolgen een dergelijke toetsing kan hebben voor de uitkomsten van voorliggende berekeningen?

In het onderzoek is geen rekening gehouden met andere prijsregulerende maatregelen en marktdynamiek die in de praktijk veel invloed hebben op de prijsstelling. Kan een inschatting gemaakt worden in hoeverre de resultaten van het onderzoek zouden veranderen als hier wel rekening mee gehouden zou zijn? In hoeverre kunnen de genoemde besparingen daadwerkelijk gehaald worden, uitgaande van de situatie in de dagelijkse praktijk van preferentiebeleid en het verlopen van octrooien?
Kan de Minister aangeven in hoeverre de uitkomsten van het onderzoek realistisch zijn, gegeven de gebruikte aannames en de beperkte mate waarin de invloed van overige relevante factoren meegenomen zijn?
Wat zijn de lange-termijngevolgen van een herberekening van het GVS voor de kwaliteit van zorg en leven van de patiënt, het switchen van patiënten en het budgettair kader zorg?

3. GVS-clusters en limieten

Is de Minister op de hoogte van de uitspraak van de WHO (Wereldgezondheidsorganisatie) waarin wordt afgeraden de ATC-clustering te gebruiken voor vergoedingssystemen? Kan de Minister ingaan op deze uitspraak? Kan zij hierbij specifiek ingaan op de geschiktheid van de ATC-clustering bij vergoedingssystemen?

4. Aanpak (proef)berekeningen

In de simulaties wordt uitgegaan van mogelijkheden rondom switchgedrag en prijsverlagingen.
Kan de Minister ten aanzien van de prijsverlagingen een inschatting maken van de kans dat fabrikanten van geneesmiddelen hun prijs verlagen?
Ten aanzien van het switch-gedrag wordt aangenomen dat voorschriften door artsen worden aangepast naar goedkopere alternatieven, mogelijk

omdat cliënten worden geconfronteerd met hogere eigen bijdragen. Hoe groot acht de Minister de kans dat patiënten alleen vanwege financiële gronden wisselen of worden gewisseld van geneesmiddel? Indien deze kans bestaat, hoe kan dit voorkomen worden?

6. Proefberekeningen ceteris paribus

De proefberekeningen tonen aan dat een herberekening van het GVS van grote invloed is op de eigen betalingen van patiënten. Hierover hebben de leden van de VVD-fractie een aantal vragen.
De leden van de VVD-fractie vragen meer informatie over de verdeling van de hogere eigen bijdragen over patiëntengroepen voor alle drie de varianten. In de berekeningen is aangegeven welk aantal patiënten per variant geconfronteerd wordt met veranderende eigen bijdragen. Kan de Minister toelichten over welke groepen patiënten het gaat, als er gekeken wordt naar de stijging van de eigen bijdrage van € 50 – € 100, van € 100 – € 250, van € 250 – € 500 en van minstens € 500 meer? Kan dit per variant en per mutatiecategorie worden aangegeven?

Bij alle varianten wordt een deel van de patiënten geconfronteerd met zeer forse stijgingen van de eigen bijdragen voor medicijnen bij een herberekening van het GVS. Welke stijging van eigen bijdragen is volgens de Minister acceptabel en haalbaar voor patiënten?

De eigen bijdragen zijn scheef verdeeld over de clusters. In bepaalde clusters vindt een zeer sterke stijging plaats van de eigen bijdragen die patiënten moeten betalen. Wat is de mening van de Minister over deze scheve verdeling? Indien zij deze ongewenst vindt, zijn er dan (uitvoerbare) manieren om een dergelijke scheve verdeling te voorkomen bij een herberekening van het GVS?

Wanneer gekeken wordt naar de individuele gevolgen dan blijkt dat bij bepaalde middelen zeer hoge eigen bijdragen gevraagd moeten worden aan individuele patiënten. Hieronder bevinden zich ook patiënten met levensbedreigende ziektes, die geen andere therapeutische mogelijkheden hebben. Wat is de mening van de Minister over deze grote individuele gevolgen voor patiënten die niet voor andere middelen kunnen kiezen vanwege hun aandoening? Vindt zij het acceptabel dat deze groep patiënten geconfronteerd wordt met een (zeer hoge) eigen bijdrage?

Voortbordurend op de individuele gevolgen voor patiënten vragen de leden van de VVD-fractie naar de gevolgen voor patiënten die meerdere middelen gebruiken. Welke effecten verwacht de Minister ten aanzien van deze mogelijke stapeling van eigen bijdragen?

In meer algemene zin kan herberekening van het GVS ertoe leiden dat middelen die volgens de geldende richtlijnen worden voorgeschreven, een (zeer hoge) eigen bijdrage kennen voor patiënten. Is dit volgens de Minister een gewenste ontwikkeling?
Vindt de Minister het een gewenste ontwikkeling als essentiële producten, zoals bijvoorbeeld antibiotica, een eigen bijdrage kennen na herberekening van het GVS?

7. Simulaties

Bij de simulaties rondom het voorschrijfgedrag wordt gekeken naar verschillende percentages: 50%, 80% en 100% van de patiënten wordt geswitcht naar het goedkoopste middel. Zijn dit realistische percentages in dit kader? Zo ja, kunt u dat toelichten? Zo nee, welke percentages zijn

wel realistisch, en welke gevolgen voor de uitkomsten van het onderzoek zouden deze realistische percentages hebben?

Bij de simulaties komt een deel van de opbrengst ten laste van de keten fabrikant – apotheekhoudende. Wat is de inschatting van de Minister ten aanzien van de plek in de keten waar deze bedragen neerslaan? Welke gevolgen heeft dit voor de verschillende partijen in de keten, ook op de langere termijn?

8. Conclusie

De varianten verschillen in de gevolgen voor patiënten, de fabrikant het switchen en de betaalde eigen bijdragen. Bij welke variant zijn de gevolgen voor «de patiënt» naar verwachting het kleinst?
In het onderzoek is geen rekening gehouden met uitvoeringskosten. Kan de Minister inschatten welke gevolgen het meenemen van de uitvoeringskosten zou hebben voor de resultaten van dit onderzoek?

Inbreng PvdA-fractie

De leden van de fractie van de PvdA-fractie verzoeken de onderstaande vragen mee te nemen in de reactie van de Minister op de proefberekeningen van het GVS.

Managementsamenvatting

Kan uitgelegd worden waarom in de managementsamenvatting vooral de opbrengsten van de eigen bijdrage genoemd worden, en niet de kostenvermindering door gebruik c.q. switchen naar goedkopere geneesmiddelen, waarbij de kostenvermindering juist niet ten laste van de verzekerde komt? Is de managementsamenvatting daarmee een goede weergave van het rapport?

1. Inleiding/algemeen

Waarom wordt gesteld «De kostenbeheersende functie van het GVS lijkt inmiddels voor een groot deel van de markt ingehaald door het inkoop- en preferentiebeleid van de zorgverzekeraars en de maximumprijzen die zijn vastgelegd in de Wet Geneesmiddelenprijzen (Wgp)»? Is de Minister het daarmee eens?
Klopt het dat de kostenbesparende effecten van het GVS zijn verminderd, juist omdat er geen limieten zijn herberekend? Kan uitgelegd worden waarom het preferentiebeleid de werking van het GVS juist kan versterken?

2. De markt voor extramuraal verstrekte geneesmiddelen

Als fabrikanten de apotheekinkoopprijzen niet willen verlagen kunnen zij de afgesproken kortingen verhogen of nieuwe kortingen invoeren, waardoor een geneesmiddel preferent kan worden bij een zorgverzekeraar om op die manier de omzet te garanderen. Klopt het dat een aanscherping van de Wgp volgens het Noorse systeem lagere prijzen betekent, maar dan wel transparant? Welk effect zou aanpassing van de Wgp hebben op de hoogte van de bijbetaling?
Klopt het dat de in hoofdstuk 2 genoemde kortingen niet de kortingen zijn die de apotheek krijgt als marge tussen inkoop en declaratie? Klopt het dat de apotheekkortingen in de berekening niet zichtbaar zijn?

3. GVS-clusters en limieten

In de berekening zijn combinatiepreparaten niet meegenomen terwijl juist een aantal combinatiepreparaten uit octrooi gegaan zijn en dus inmiddels een veel lagere prijs hebben. Hoe hoog zijn bijvoorbeeld de kosten van bloeddrukverlagers die gecombineerd worden met andere middelen? Kan aangegeven worden welke preparaten hierbij een rol spelen en welk effect het wel meenemen van combinatiepreparaten zou hebben? Klopt het dat wanneer combinatiepreparaten mee berekend zouden zijn de besparing nog veel hoger zou zijn? Hoe veel hoger?

4. Aanpak (proef)berekeningen

Kan uitgebreid ingegaan worden op het onderscheid tussen de (gedrags-)effecten voor switchers en voor nieuwe gebruikers? Kan een inschatting gemaakt worden van de besparing die door beide effecten kan worden bereikt en de gevolgen voor de gebruikers. Klopt het dat voor de nieuwe gebruikers geldt dat er geen eigen bijdrage is én geen negatieve gevolgen van switchen naar een ander middel en dat het uiteindelijke effect van GVS herberekening pas na jaren duidelijk kan worden en naar alle waarschijnlijkheid hoger zal liggen dan in het rapport is beschreven?
Klopt het dat, wanneer de limiet van een specialité geneesmiddel wordt verlaagd ten gevolge van herberekening van het GVS en de bijbetaling voor de verzekerde dus groter wordt, dit een prikkel vormt om – waar mogelijk – over te stappen op een generiek geneesmiddel? In hoeverre is dit effect meegenomen in de berekeningen, en in hoeverre vormt dit een extra besparing die nog niet is meegenomen in de berekening?

5. Gegevens en gegevensbewerkingen

Wat betekent het in hoofdstuk 5 genoemde grote verschil tussen theoretisch maximale uitkering en werkelijk uitgekeerde bedragen? Kan dit duiden op onjuiste declaratie, of op onvoldoende controle van de verzekeraar op de betaalde declaratie?

6. Proefberekeningen ceteris paribus

Zou overheveling voor bijvoorbeeld het cluster «overige anti-epileptica» bij gebruik van gabapentine als pijnbestrijding en niet als anti-epilepticum betekenen dat er geen bezwaar is tegen switchen, terwijl dat bij de 5% gebruikers van het middel als anti-epilepticum wel geldt?
Welke clusters zouden eigenlijk tot het ziekenhuisbudget moeten behoren, omdat er sprake is van door medisch specialisten voorgeschreven specialistische middelen? Kan een overzicht gegeven worden van die clusters, waarbij de aangegeven hoge eigen bijdrage vervalt als ze overgeheveld worden naar het ziekenhuisbudget? Zou overheveling naar het ziekenhuisbudget ook een prikkel voor doelmatig voorschrijven door de medisch specialist betekenen?

Het aspect van vermijdbaarheid van eigen bijdragen blijft onderbelicht in de proefberekening, in (bijna) ieder cluster is er immers sprake van een vrijloper. Wat is de opbrengst voor verzekerden als de vrijloper, het middel zonder bijbetaling, buiten het eigen risico wordt gehouden, en er derhalve een prikkel ontstaat om te switchen naar een middel zonder bijbetaling?
Welk effect zou dit hebben voor zorgmijders, mensen die geen geneesmiddelen meer ophalen vanwege de eigen bijdrage en het eigen risico?
In hoeveel en in welke clusters is het waarschijnlijk dat er een situatie ontstaat waarin geen vrijloper bestaat, en er geen middel beschikbaar is zonder bijbetaling?
In hoeverre worden op dit moment therapeutische richtlijnen gevolgd?

In hoeverre zijn specifieke cliëntkenmerken bepalend voor de keuze van een geneesmiddel, voor welke clusters geldt dit? Op welke manier zou een hardheidsclausule voor specifieke cliëntkenmerken kunnen worden meegenomen in de vergoeding bij herberekening van het GVS?
In hoeverre wordt er op dit moment doelmatig voorgeschreven door medisch specialisten cq huisartsen? In de hoofdlijnen akkoorden is doelmatig voorschrijven opgenomen, maar hoe wordt vastgesteld in welke mate dit ook werkelijk gebeurt, hoe kan worden bepaald in welke gevallen doelmatiger voorgeschreven kan worden?

Bijlage 3

Kan aangegeven worden wat de (financiële) gevolgen van de herberekening van het GVS zijn voor groothandel en apotheker in plaats van alleen gevolgen voor de hele keten te noemen?
Is het waarschijnlijk dat de besparingen ten gevolge van herberekening van het GVS niet zullen opwegen tegen de uitvoeringskosten?
In hoeverre klopt de veronderstelling van Nefarma dat financiële argumenten zwaarder gaan wegen en herberekening van het GVS tot gezondheidsproblemen en extra kosten gaat leiden? Klopt het dat dit voor de meeste clusters niet geldt vanwege het bestaan van een vrijloper en zeker niet geldt als de door medisch specialisten voorgeschreven geneesmiddelen worden overgeheveld naar het ziekenhuisbudget?
Op welke wijze kan de door verschillende partijen aangekondigde onrust voor patiënten ten gevolge van switchen worden voorkomen c.q. verminderd? Welke rol kunnen overheid, arts en apotheker daar bij spelen?
Waarom was de NPCF niet uitgenodigd voor de discussiebijeenkomst van 29 oktober 2014?

Overig

Hoe verhoudt het ACM-rapport «Farmacie onder de loep», februari 2015, waarin gesteld wordt dat de fabrikanten van merkgeneesmiddelen een belang hebben om doelmatig voorschrijven tegen te gaan, zich tot het volledig vergoeden van alle geneesmiddelen, door de vergoedingslimiet niet via herberekening te verlagen? Zou de prikkel voor de voorschrijvende arts om doelmatig voor te schrijven groter worden en het effect van de industrie verkleind kunnen worden door het GVS te herberekenen?

Inbreng SP-fractie

De leden van de SP hebben met belangstelling kennisgenomen van het rapport met daarin de proefberekeningen van het GVS, en wachten het beleidstandpunt van de Minister met belangstelling af. Zij hebben naar aanleiding van de proefberekeningen alvast onderstaande opmerkingen en vragen.

Managementsamenvatting

De leden van de SP-fractie constateren dat de managementsamenvatting onvoldoende de uitkomsten weergeeft op de vragen zoals die gesteld zijn door de Kamer. De samenvatting geeft wel de uitkomsten van opbrengsten van de eigen bijdrage weer. De kostenvermindering door het gebruik van of switchen naar goedkopere middelen wordt echter niet of nauwelijks genoemd. Is de Minister het met deze leden eens dat een belangrijke conclusie van het rapport is dat de kostenvermindering door doelmatiger geneesmiddelengebruik, de opbrengst van de eigen betalingen verre overstijgt? Zo ja, waarom is deze dan niet expliciet

genoemd in de managementsamenvatting? Zo nee, waarom deelt de Minister deze mening dan niet?

1. Inleiding

De leden van de SP-fractie zijn het niet eens met het betoog dat het GVS ingehaald is door de Wgp. Juist doordat het preferentiebeleid heeft gezorgd voor aanzienlijk lagere prijzen van merkloze middelen, kan volgens deze leden een herberekening van de GVS-limieten zorgen voor een aanzienlijke kostenbesparing. Is de Minister het met die constatering eens? Is het preferentiebeleid niet juist een versterking van het GVS, in plaats van dat het de plaats ervan inneemt? Deze leden verwachten een uitgebreide toelichting op dit punt.

2. De markt voor intramuraal verstrekte geneesmiddelen

De leden van de SP-fractie constateren dat de genoemde kortingen niet de kortingen zijn die de apotheek verkrijgt als marge tussen inkoopprijs en declaratiebedrag. Deze apotheek-kortingen zijn in de berekening namelijk niet zichtbaar. Deze leden wijzen de Minister erop dat de apotheekinkoopprijs niet de prijs is waarvoor apothekers middelen bij de groothandel inkopen, maar de declaratieprijs die bij de verzekeraar in rekening wordt gebracht. De apotheekinkoopprijs daalt in de regel niet als een octrooi verloopt. De prijs van de generieke variant is vaak wel lager. Is nu niet juist het prijsverschil tussen die twee de reden van de daling van de vergoedingslimieten van het GVS, en de daaruit voortkomende kostenbesparing? Deze leden verwachten een uitgebreide beantwoording en de visie van de Minister op het genoemde punt.

3. GVS-clusters en limieten

De leden van de SP-fractie merken op dat wordt vermeld dat de combinatiepreparaten niet zijn betrokken in de berekening. Gezien de aanzienlijke kosten die hiermee gemoeid zijn en het feit dat deze middelen grotendeels ook generiek verkrijgbaar zijn, vermoeden deze leden dat door deze middelen wel in de overweging te betrekken de kostenbesparing aanzienlijk hoger zal liggen. Kan de Minister dit bevestigen? Deze leden verwachten ook op dit punt een uitgebreide toelichting.

6. Proefberekeningen ceteris paribus

De leden van de SP-fractie merken op dat bij een aantal clusters, waaronder «overige anti-epileptica», ten onrechte de voordelen van switchen niet meegenomen worden. Het betreffende middel Neurontin wordt veelal gebruikt tegen perifere neuropatische pijn, en slechts in een aantal gevallen als anti-epilepticum. Volgens deze leden is er dus van belemmeringen tegen switchen veelal geen sprake. Deelt de Minister deze zienswijze? Is dit voor meerdere clusters het geval? Wat zou hiervan de invloed zijn op de totale berekening en de conclusies? Deze leden verwachten een uitgebreide beantwoording.

7. Simulaties

De leden van de SP-fractie zijn van mening dat onvoldoende duidelijk gemaakt wordt dat switchen op twee manieren kan gebeuren. Allereerst kan switchen inhouden dat van het merkgeneesmiddel met eigen bijdrage naar een identiek merkloos geneesmiddel zonder eigen bijdrage wordt overgestapt. Daarnaast kan er binnen het GVS-cluster met gelijkwaardige middelen geswitcht worden van een middel met eigen bijdrage naar de vrijloper in het cluster. Erkent de Minister deze omissie?

8. Conclusie

De leden van de SP-fractie zijn van mening dat ten onrechte in dit hoofdstuk niet de veel toegepaste prijsverlaging door «clawback» wordt genoemd. Hierbij blijft de lijstprijs hoog (van invloed op prijsberekeningen in andere landen) en wordt de eigen bijdrage betaald door de fabrikant. Met als gevolg dat de patiënt niet wordt «weggejaagd» vanwege bijbetaling. Deze vorm van bijbetaling is veeleer te verwachten dan een prijsverlaging in de lijstprijs volgende de leden. Wat is de visie van de Minister op dit punt?

Inbreng CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de Aanbieding van het rapport met daarin de proefberekeningen van het GVS. Zij hebben hier enkele vragen over.

Zij constateren dat in alle drie de proefberekeningen de besparingen op het Budgettair Kader Zorg (BKZ) kleiner zijn dan wat de cliënten in totaal meer moeten betalen aan Eigen Bijdragen (ceteris paribus). Deze leden vragen of hieruit geconcludeerd kan worden dat de enige wijze waarop met de alternatieve berekeningswijzen besparingen behaald kunnen worden is, wanneer gebruikers in grote mate worden bewogen naar een goedkoper geneesmiddel over te stappen. Zij vragen een appreciatie van de Minister op dit punt. Is dit een wenselijke beweging? Ziet de Minister nog veel ruimte om gebruikers op een verantwoorde manier naar goedkopere geneesmiddelen over te laten gaan?

De leden van de CDA-fractie vragen of het bij de verschillende scenario's in feite een verschuiving van de lasten richting gebruikers van geneesmiddelen betreft, gezien het feit dat het BKZ daalt, en daarmee ook de premies voor alle verzekerden, en gezien het feit dat de eigen bijdragen van gebruikers in alle gevallen (sterk) stijgen. Zij vragen of de Minister de mening deelt dat dit feitelijk een verslechtering van de solidariteit tussen ziek en gezond betekent.

De leden van de CDA-fractie constateren dat de aannames ten aanzien van het switchgedrag niet getoetst zijn op therapeutische haalbaarheid of medische richtlijnen. Zij vragen of de Minister de mening deelt dat bij de keus voor een bepaald geneesmiddel de therapeutische haalbaarheid en medische richtlijnen te allen tijde uitgangspunt moeten zijn. Houdt naar de mening van de Minister de zorgplicht van de zorgverzekeraar in dat geneesmiddelen met medische noodzaak te allen tijde vergoed moeten worden zonder eigen bijbetaling? Zo nee, waarom niet?

De leden van de CDA-fractie vragen of het – gezien de recente uitkomsten van het TNS/NIPO onderzoek over de maagzuurremmers – juist niet te verwachten is dat na een GVS- herberekening een grote groep patiënten vanwege financiële gronden hun geneesmiddel niet meer zal gebruiken? Wat zou daarvan de consequentie zijn?

De leden van de CDA-fractie vragen welke van de in het rapport genoemde varianten volgens de Minister de minste negatieve gevolgen voor patiënten heeft?

De leden van de CDA-fractie vragen hoe realistisch het is om aan te nemen dat 50%, 80% of zelfs 100% van de cliënten naar het goedkoopste geneesmiddel in hetzelfde cluster switcht als de eigen betalingen (fors) omhoog gaan. Is bekend welk percentage cliënten nu al voor duurdere geneesmiddelen binnen een cluster kiezen, ondanks dat dit betekent dat

ze een (hogere) eigen bijdrage moeten betalen? Als cliënten nu al eigen bijdragen moeten betalen voor duurdere geneesmiddelen is het toch aan te nemen dat cliënten nu ook al naar goedkopere geneesmiddelen zouden switchen als dit voor de therapeutische e.d. waarde niets uit zou maken? Deelt de Minister de mening dat de aannames uit de motie-Kuzu van percentages cliënten die zouden switchen onrealistisch zijn?

De leden van de CDA-fractie vragen of er een inschatting gegeven kan worden van de uitvoeringskosten (consulten en uitgiftegesprekken) als 50%, 80% of 100% van de cliënten naar een goedkoper geneesmiddel zou overstappen? Op basis van welk percentage switchers is het bedrag van ca. € 100 miljoen gebaseerd waarop in 2010 de zorgverzekeraar is uitgekomen? Wat is de onderbouwing van dit bedrag van ca. € 100 miljoen uitvoeringskosten?

De leden van de CDA-fractie vragen of bekend is voor welk bedrag er in totaal aan kortingen aan zorgverzekeraars gegeven wordt via het zogenoemde couvertbeleid. Deze leden vragen voorts welke gevolgen het voor de berekening voor geneesmiddelenprijzen in referentielanden heeft als deze kortingen (openlijk) aan apothekers gegeven zou worden in plaats van via couvertbeleid. Is bekend welke consequenties dit vervolgens indirect ook weer voor de geneesmiddelenprijzen in Nederland zou hebben, aangezien die landen weer referentieland voor Nederland zijn? Is bekend of in andere landen, en dan specifiek de referentielanden, ook gebruik wordt gemaakt van couvertbeleid?

De leden van de CDA-fractie constateren dat het GVS in 1991 is ingesteld als instrument voor de beheersing van de uitgaven farmaceutische zorg, en dat het GVS in 1999 voor het laatst herijkt is. Deze leden vragen of de Minister redenen ziet om het GVS opnieuw te herijken. Deze leden vragen ook of de Minister in het algemeen kan aangeven wat de meerwaarde van het GVS is naast de WGP (sinds 1996), het preferentiebeleid (sinds 2005) en het individuele preferentiebeleid (sinds 2008).

De leden van de CDA-fractie lezen dat bij een zestal volmachten onrealistische verhoudingen zijn gevonden tussen het theoretisch maximale en het daadwerkelijke uitgekeerde bedrag. Hierbij kan het uitgekeerde bedrag in sommige gevallen 60 tot ruim 90 keer zo groot zijn dan in theorie mogelijk. De leden van de CDA-fractie vragen wat hier de oorzaak van kan zijn. Deze leden vragen of, en zo ja hoe, deze signalen gebruikt worden om onderzoek te doen naar mogelijke fraude.

Hoe groot acht de Minister de kans dat geneesmiddelenfabrikanten overgaan tot prijsverlaging bij eventuele herberekening van de vergoedingslimieten?

In hoeverre verhoudt een eventuele herberekening zich op dit moment tot de lange-termijnvisie over de geneesmiddelenvoorziening die de Minister voor het komend najaar heeft aangekondigd?

Waarom is de NPCF niet uitgenodigd bij de discussiebijeenkomst van stakeholders? Deelt de Minister de mening dat cliënten wel degelijk stakeholder zijn bij discussies over het GVS en de gevolgen voor o.a. eigen betalingen voor geneesmiddelen?

De leden van de CDA-fractie constateren dat de proefberekeningen in het rapport leiden tot besparingen op het BKZ van € 172 miljoen tot € 692 miljoen. In «Zorgkeuzes in kaart» wordt bij beleidsoptie 066 (herberekenen limieten Geneesmiddelenvergoedingssysteem) een besparing van € 250

miljoen ingeboekt. Kan de Minister aangeven wat de overeenkomsten en verschillen zijn tussen de berekening van het CPB en Ape?

De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister ook de mogelijkheid bekijkt tot selectieve herberekening, daar waar patiënten het minste last van zullen hebben. Zo ja, welke clusters zal het dan betreffen? Is er daarnaast een methode voor het GVS te ontwikkelen zodat er net als bij het preferentiebeleid bij een patiënt met een medische noodzaak geen bijbetaling geldt? Is het GVS zo aan te passen dat ook specifieke cliëntkenmerken, zoals bijvoorbeeld inhalatiekracht bij astma/COPD medicatie, worden meegewogen? Is het GVS zo aan te passen dat ook werkingsduur, toedienfrequentie, interacties, beschikbaarheid van specifieke doseringen en effectiviteit worden meegewogen? De leden van de CDA-fractie vragen ten slotte of inzichtelijk gemaakt kan worden wat de uitvoeringskosten van bovenstaande alternatieven zijn (selectieve herberekening, geen bijbetaling bij medische noodzaak en meewegen van specifieke cliëntkenmerken).

Inbreng PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van het rapport met de proefberekeningen van het GVS. Zij staan op het standpunt dat het doel van herberekening is: lagere kosten zonder in te boeten op kwaliteit. Zij hebben daarom nog een aantal vragen over de proefberekeningen.

De leden van de PVV-fractie begrijpen dat herberekening van het GVS tot meer bijbetalingen leidt. Zolang bijbetaling vermijdbaar is omdat er geswitcht kan worden naar een alternatief is een herberekening te rechtvaardigen, aldus deze leden. In hoeverre strookt het switchen met de richtlijnen van de beroepsgroep? Kan de Minister dit toelichten?

De leden van de PVV-fractie vragen hoeveel patiënten niet kunnen switchen en bij welke ziektebeelden dit het meest zal voorkomen. Ook moet bij meervoudig gebruik van geneesmiddelen de stapeling aan bijbetalingen meegenomen worden bij patiënten die niet kunnen switchen. Zij zijn van mening dat de huidige proefberekeningen hier te weinig inzicht in geven, en vinden nader onderzoek noodzakelijk. Is de Minister het met deze leden eens en is zij tot nader onderzoek bereid?

De leden van de PVV-fractie willen voorkomen dat bepaalde patiëntengroepen gaan opdraaien voor de verwachte besparing van de herberekening van het GVS. Patiënten voor wie switchen geen optie is zouden voor de bijbetaling moeten worden gecompenseerd. Is de Minister hiertoe bereid? Hoe valt de totale besparing in dat geval uit?

De leden van de PVV-fractie vragen hoe realistisch de proefberekeningen eigenlijk zijn, aangezien er geen rekening is gehouden met marktdynamiek, introductie van nieuwe geneesmiddelen, het verlopen van octrooien en ook de uitvoeringskosten niet zijn meegenomen. Kan de Minister op elk van deze aspecten ingaan?

Inbreng D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van het rapport Proefberekeningen van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS), waarover zij nog enkele vragen hebben.

De leden van de D66-fractie vragen allereerst of de Minister kan toelichten waarom de huidige vergoedingslimieten nog steeds zijn gebaseerd op de apotheekinkoopprijzen uit 1998. Welke overwegingen liggen hieraan ten grondslag, en waarom is het tussentijds nooit aangepast? Ziet de Minister nu (op basis van het rapport) wel reden om het aan te passen? Zo nee, waarom niet? Zo ja, op basis van welke onderzoeksresultaten?

De leden van de D66-fractie vragen de Minister toe te lichten in hoeverre patiënten gemakkelijk binnen een cluster van geneesmiddelen kunnen switchen, gezien het feit dat de clusters weliswaar bestaan uit geneesmiddelen die therapeutisch vergelijkbaar zijn, maar de geneesmiddelen in cluster wel verschillende werkzame stoffen (kunnen) hebben. Zo zijn er verschillende berekeningen uitgevoerd, waarbij 100%, 80% of 50% van de voorschriften die nu niet voor het goedkoopste middel in een cluster zijn naar het goedkoopste middel switchen. Welk percentage acht de Minister realistisch?

Deze leden vragen de Minister of bekend is welke kosten er gepaard zouden gaan met de invoering van een systeemwijziging.

Deze leden vragen voorts of de Minister kan toelichten welke van de in het rapport besproken varianten (variant A, B of C) de minst negatieve gevolgen voor patiënten heeft?

Deze leden vragen hoe groot de Minister de kans acht dat geneesmiddelenfabrikanten hun prijzen zullen verlagen als gevolg van de aanpassing van het GVS? Welke variant kan dit het beste bevorderen? Ziet de Minister hiertoe ook andere mogelijkheden dan aanpassing van het GVS? Ook willen deze leden weten of ook de mogelijkheid bestaat om alleen de prijs voor selectieve clusters aan te passen, maar niet voor alle clusters. Dit met het oog op het feit dat financiële gevolgen voor patiënten in sommige clusters groter zijn dan voor patiënten in andere clusters en in sommige clusters de medicijnen zeer nauw luisteren (bijvoorbeeld bij epilepsie), waardoor switchen naar een ander (goedkoper) medicijn niet mogelijk is. Welke clusters zouden hier dan volgens de Minister voor in aanmerking komen?

Tot slot vragen de leden van de D66-fractie of de Minister kan uiteenzetten hoe een mogelijke herberekening van het GVS zich verhoudt tot de tijdens het algemeen overleg Geneesmiddelenbeleid (25 maart 2015) aangekondigde lange-termijnvisie?